Münster 1936 No 119 Med DiSS

Aus dem zahnärztlichen Institut der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster i. W.
Direktor: Prof. Dr. R. Müller.

Untersuchung über Zahn- u. Mundschleimhauterkrankungen bei der Hitler-Jugend der Unterbanne I. u. II. des Bannes 99 unter Berücksichtigung sozialer Verhältnisse.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. Westf.

Vorgelegt von
Fritz Hellhammer, Zahnarzt
aus Sprockhövel i. Westf.

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i. W.
1935.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster (Westfalen).

Dekan: Prof. Dr. Jötten.

Referent: Prof. Dr. R. Müller.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Durch die Formationen der NSDAP. ist es heute möglich, einen großen Teil unserer Jugend in ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen zu erfassen.

Den Anforderungen, die innerhalb der Formationen gestellt werden, können nur junge Menschen gerecht werden, die über einen kräftigen und gesunden Körper verfügen. Zu einem gesunden Körper gehört auch ein gesundes Gebiß!

Aus diesen Gedanken heraus ist der Schritt der Gebietsführung Westfalen der H. J. besonders lebhaft zu begrüßen, daß sie neben dem Untersuchungszwang, der auch in anderen Formationen besteht, den zahnärztlichen Behandlungszwang angeordnet hat.

Durch die für das ganze Reich angeordneten Untersuchungen wird gleichzeitig die Lücke, nichts oder nur wenig über die Mundverhältnisse der 14—18jährigen deutschen Jugend zu wissen, zu einem großen Teil ausgefüllt.

War man durch die Schulzahnpflege in der Lage, umfassende Statistiken dieser Art über die schulpflichtige Jugend zu veröffentlichen, so war das bei den 14—18jährigen kaum möglich. Einzelne statistische Arbeiten aus zahnärztlichen Befunden in Fortbildungsschulen brachten nur einen Ausschnitt aus der berufstätigen Jugend.

Die Untersuchung wurde in den Unterbannen I. und II. des Bannes 99 bei 489 Hitlerjungen aus der Stadt Hattingen, den Ämtern und Gemeinden Sprockhövel, Welper, Blankenstein, Bredenscheid, Stüter und Holthausen durchgeführt.

Die von der Gebietsführung Westfalen der H. J. herausgegebene Untersuchungskarte war mir zum Teil Richtung gebend bei der Aufstellung folgender Rubriken, nach denen ich die Befunde geordnet habe:

1. Kariöse, noch zu erhaltende Zähne.
2. Extraktionsreife Zähne.
3. Fehlende Zähne. Hier ist zu bemerken, daß der zumeist noch nicht vorhandene 3. Molar nicht als fehlend gewertet wurde.
4. Erkrankung der Mundschleimhaut.

5. Erkrankung der Zunge.
6. Erkrankung der Gingiva.
7. Stellungsanomalien.
8. Okklusionsanomalien.
9. Zahnbelag.
10. Hypoplasien.

Hinzu kommen noch die Rubriken: Beruf des Vaters, Geschwisterzahl und Wohnung. (Aus diesen Angaben konnte ich annähernd die sozialen Verhältnisse feststellen.)

Die Stadt Hattingen und die eingangs erwähnten umliegenden Ortschaften bilden ein eigenartiges Nebeneinander von Industrie und Landwirtschaft. Neben großen Fabriken und Zechen bearbeiten noch alteingesessene Bauern ihren Boden. Viele der Bergleute und Fabrikarbeiter in Sprockhövel, Bredenscheid und Holthausen sind Besitzer eines kleinen „Kotten", d. h. eines Anwesens mit etwas Land und einigem Vieh. Sie fühlen und leben noch ganz als Landbewohner.

Dieses Nebeneinander von Industrie und Landwirtschaft prägt sich auch in der Form des Gesundheitswesens aus. Die Stadt Hattingen mit dem großen Konzernwerk der Ruhrstahl A. G., der Henrichshütte, hat eine den Bedürfnissen der Bevölkerung durchaus gerecht werdende Gesundheitsfürsorge, während in der mehr landwirtschaftlichen Gegend das Gesundheitswesen sich stark gelockert hat. Das mag daran liegen, daß wirklich weniger Bedürfnis vorliegt. Wahrscheinlicher ist es aber, daß die Bevölkerung den Wert solcher Einrichtungen nicht vollständig erkennt. Die Tabelle auf der folgenden Seite soll ein Gesamtbild der Untersuchung geben.

Schütze stellte bei seinen Untersuchungen der S. A. in Münster bei 63,6 % kariöse, noch zu erhaltende Zähne fest. Zieht man noch in Betracht, daß sich bei den von mir Untersuchten in einigen Jahren entsprechend dem Alter der in Münster Untersuchten eine Verschlechterung des Ergebnisses bemerkbar machen wird, so ist der hier gefundene Prozentsatz von 81,19 % erschreckend hoch.

Das verhältnismäßig günstige Ergebnis in Münster läßt sich daraus erklären, daß die 17—21jährigen Angehörigen der S. A. zum Teil von einer seit ungefähr 10 Jahren vorbildlich durchgeführten Schulzahnpflege, durch die bei der Schulentlassung eine Sanierung bis zu 98 % erreicht wurde, erfaßt worden sind. Die Gegenüberstellung der beiden Ergebnisse zeigt die überaus günstige Auswirkung der Schulzahnpflege.

Wie traurig die Mundverhältnisse der hier Untersuchten sind, zeigt die Tatsache, daß, ohne Berücksichtigung von Stellungs- und Okklusionsanomalien, von 489 Leuten nur 47 = 9,61 % ohne Befund sind.

Tabelle I.

Von 489 Leuten:	Anzahl	%
Kariöse, noch zu erhaltende Zähne . .	397	81,19
Extraktionsreife Zähne	104	21,27
Fehlende Zähne . .	202	41,31
Erkrankung der Mundschleimhaut .	1	0,20
Erkrankung der Zunge	5	1,02
Erkrankung der Gingiva	54	11,04
Stellungsanomalien .	184	37,63
Okklusionsanomalien	277	56,65
Zahnbelag	175	35,79
Hypoplasien . . .	23	4,70

Ein Werturteil über die Gebißverhältnisse der Untersuchten wird sich aber besonders nach der Zahl

1. der von Caries befallenen, aber noch zu erhaltenden Zähne,
2. der extraktionsreifen Zähne,
3. der fehlenden Zähne

richten.

Von 397 Untersuchten, die kariöse, noch zu erhaltende Zähne haben, sind 147 mit 4 und mehr solcher Zähne = 37,03 %.

Bei 104 Leuten, die extraktionsreife Zähne haben, sind 35 mit 2 und mehr zu extrahierenden Zähnen = 33,65 %.

202 Hitlerjungen hatten bei der Untersuchung kein vollständiges Gebiß mehr. Von ihnen hatten 91 zwei und mehr Zähne schon gezogen bekommen = 45,05 %.

Vorstehende Ergebnisse zeigen, daß bei ungefähr 40 % der Untersuchten eine erhebliche Störung der Kautüchtigkeit vorhanden ist. Die Folgen für den allgemeinen Gesundheitszustand würden bei nicht baldiger Sanierung und fortlaufender Kontrolle nicht abzusehen sein.

In diesem Zusammenhang möchte ich zwei besonders traurige Verhältnisse anführen:

1. Ein Fall mit 8 extraktionsreifen und 6 kariösen, noch zu erhaltenden Zähnen;
2. Ein Junge mit 12 kariösen, noch zu erhaltenden Zähnen und 5 extraktionsreifen.

Zahnärzte und Dentisten sind in dem Gebiet, in dem die Untersuchung durchgeführt wurde, ausreichend vorhanden. Wenn die beiden Fälle noch aus Kreisen stammen, denen eine Kontrolle oder eine Sanierung von ihrer Krankenkasse geboten wird, so zeugt das neben einer großen Nachlässigkeit von einer erschrekkenden Unkenntnis der Bedeutung eines guten Gebisses für den Gesundheitszustand des ganzen Körpers.

Interessant war es festzustellen, welcher Zahn von den als extraktionsreif angeführten Zähnen am meisten der Zange zum Opfer fallen soll.

Bei den 489 Untersuchten waren insgesamt 154 Zähne zu extrahieren. Davon sind 125 1. Molaren = 81,17 %. Dieses Ergebnis zeigt, daß der 1. Molar, bedingt durch seinen frühzeitigen Durchbruch, der Caries zuerst und am stärksten ausgesetzt ist. Das Ergebnis bekräftigt aber ebenso deutlich den Ruf nach einem Behandlungszwang im früheren Alter, wodurch auch dieser Zahn dem bleibenden Gebiß länger erhalten werden könnte.

In folgender Tabelle II sind die Untersuchungsergebnisse von 360 Leuten des mehr industriellen Gebietes denjenigen von 129 Hitlerjungen der mehr landwirtschaftlichen Gegend gegenübergestellt.

Tabelle II.

Von 360 Leuten:	Anzahl	%	Von 129 Leuten:	Anzahl	%
Kariöse, noch zu erhaltende Zähne . .	293	81,39	Kariöse, noch zu erhaltende Zähne . .	104	80,62
Extraktionsreife Zähne	83	23,06	Extraktionsreife Zähne	21	16,28
Fehlende Zähne . .	165	45,83	Fehlende Zähne . .	37	28,68
Erkrankung der Mundschleimhaut .	1	0,28	Erkrankung der Mundschleimhaut .	0	0
Erkrankung der Zunge	5	1,39	Erkrankung der Zunge	0	0
Erkrankung der Gingiva	44	12,22	Erkrankung der Gingiva	11	8,53
Stellungsanomalien .	132	36,67	Stellungsanomalien .	52	40,31
Okklusionsanomalien	180	50,0	Okklusionsanomalien	97	75,19
Zahnbelag	118	32,78	Zahnbelag	57	44,19
Hypoplasien . . .	19	5,28	Hypoplasien . . .	4	3,10

Wie aus der Tabelle II ersichtlich, sind die Mundverhältnisse der Landjugend besser. Sicher ist dieses neben einer größeren ererbten Widerstandskraft zum großen Teil auf eine zweckmäßige Ernährung zurückzuführen. Der auf dem Lande übliche größere Konsum von frischem Gemüse bringt gerade die für die Entwicklungsperiode der Zähne wichtige Zufuhr an Vitaminen mit sich. Das heute noch von dem größten Teil der hiesigen Landbevölkerung selbst gebackene Schwarzbrot, ein besonders festes Brot, bedingt schon bei dem Heranwachsenden eine größere Kauarbeit und damit verbunden eine dauernde mechanische Reinigung der Zähne.

„Luft, Licht, Sonne, der Boden, die aus ihm stammenden Ernährungsstoffe, das Wasser und vor allem auch die unbeschränkte Bewegungsfreiheit, die den Gesamtstoffwechsel beein-

flussen", sind in ihrem Zusammenwirken, nach Adloff, die Ursachen einer weniger großen Cariesfrequenz der Landbevölkerung.

In Sprockhövel hatte ich Gelegenheit, die im April 1935 in die H.J. überführten, gerade schulentlassenen 30 Jungvolkangehörigen bei der Untersuchung zu erfassen. Die folgende Tabelle III bringt eine Gegenüberstellung dieser Leute zu den schon untersuchten 44 älteren Hitlerjungen desselben Ortes.

Tabelle III.

Von 44 Leuten: Alter: 15—18 Jahren			Von 30 Leuten: Alter: 13 14 Jahr.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kariöse, noch zu erhaltende Zähne . .	36	81,84	24	80,0
Extraktionsreife Zähne	9	20.45	3	10,0
Fehlende Zähne . .	10	22,73	7	23,33
Erkrankung der Gingiva	1	2,27	0	0
Zahnbelag	26	59,09	13	43,33

Aus der Tabelle geht eindeutig hervor, daß die Gebißverhältnisse dieses jüngsten Jahrgangs der H.J. wenigstens in diesem Ort wesentlich besser sind. Vielleicht läßt sich das daraus erklären, daß diese Leute, wenn auch nur für kurze Zeit, von der Schulzahnpflege erfaßt worden sind. Sie wurde ungefähr 2 Jahre in Form des verbesserten Mannheimer System durchgeführt. Die Kinder sollten nach halbjährlich stattfindenden Untersuchungen an Hand von Überweisungskarten den Zahnärzten des betreffenden Ortes zugeführt werden. Eine Umfrage ergab, daß von seiten der Kinder von dieser Einrichtung wenig Gebrauch gemacht worden ist, weil der Behandlungszwang fehlte.

Aus diesem Grunde ist die geringe Besserung der Mundverhältnisse dieser Kinder gegenüber den Erfolgen, die z. B. durch die Schulzahnpflege in Münster erzielt werden, verschwindend klein.

Bei der Auswertung des Untersuchungsergebnisses unter Berücksichtigung sozialer Verhältnisse wurden die Einkommensverhältnisse der Eltern der Untersuchten zu Grunde gelegt und nach folgenden Gruppen geordnet:

Gruppe I.

Höhere Beamte, Akademiker in freien Berufen, Fabrikanten und größere Kaufleute. Hierher gehören 27 = 5,52 %.

Gruppe II.

Mittlere Beamte, Kaufleute und selbständige Handwerker. Sie umfaßt 83 = 16,97 %.

Tabelle IV.

	Gruppe I		Gruppe II		Gruppe III		Gruppe IV	
	An-zahl	%	An-zahl	%	An-zahl	%	An-zahl	%
Kariöse, noch zu erhaltende Zähne . .	20	74,07	65	78,07	255	81,21	57	87,69
Extraktionsreife Zähne	7	25,93	19	22,89	60	19,11	18	27,69
Fehlende Zähne . .	8	29,63	29	34,94	141	44,90	24	36,92
Erkrankung der Mundschleimhaut .	0	0	0	0	1	0,32	0	0
Erkrankung der Zunge	1	3,70	1	1,20	3	0,96	0	0
Erkrankung der Gingiva	1	3,70	7	8,19	32	10.14	14	21,54
Stellungsanomalien .	11	40 74	23	27,71	130	41,37	19	29,25
Okklusionsanomalien	13	48,15	47	56,63	184	58,60	33	50,77
Zahnbelag	4	14,81	20	24.46	120	38,22	31	47,69
Hypoplasien . . .	1	3.70	5	6,02	15	4 78	3	4,62

Gruppe III.

Untere Beamte, Angestellte und gelernte Arbeiter. Zu dieser Gruppe gehören 314 = 64,21 %.

Gruppe IV.

Hilfsarbeiter und Erwerbslose. Zu ihr wurden 65 = 13,29 % gerechnet.

Die vorseitige Tabelle IV gibt die Untersuchungsergebnisse in den 4 sozialen Gruppen wieder.

Wie diese Tabelle zeigt, sind bessere Mundverhältnisse bei besseren sozialen Verhältnissen festzustellen. Während zwischen den Gruppen I—III nicht zu große Unterschiede zu finden sind, fallen die sehr traurigen Befunde der Gruppe IV auf.

Das Einkommen der Angehörigen dieser Gruppe liegt beträchtlich unter dem Existenzminimum. Zieht man in Betracht, daß bei vielen von diesen Kindern auf Grund ehemaliger besserer sozialer Verhältnisse gesunde Erbanlagen und auch eine gesunde Entwicklung vorhanden gewesen sein werden, so zeigen die jetzt gefundenen Ergebnisse die erschreckende Auswirkung schlechter Ernährung, trauriger Wohnverhältnisse und vor allem mangelhafter Zahnpflege.

Vergleicht man die Gruppen I und IV, so zeigen sich krasse Unterschiede. Während in Gruppe I 74,07 % kariöse, noch zu erhaltende Zähne haben, wurden in Gruppe IV 87,69 % festgestellt. Allein diese Gegenüberstellung zeigt, daß die soziale Fürsorge und die Krankenkassen hier für eine Angleichung dringend Sorge tragen müssen.

In Gruppe III, der zahlenmäßig stärksten Gruppe, sind wesentlich bessere Befunde. Das mag so zu erklären sein, daß die Angehörigen dieser Gruppe, die untere Beamte, Fabrik- und Bergarbeiter sind, zwangsläufig durch Krankenkassen erfaßt werden, die von sich aus durch Wort und Schrift ihre Mitglieder anhalten, ihre Mundverhältnisse in Ordnung zu halten.

Auffallend ist in Gruppe IV der hohe Prozentsatz mit erkrankter Gingiva. Zum größten Teil handelte es sich um reine Schmutzerkrankungen. Als Stichproben durchgeführte Fragen betreffs Zahnpflege brachten meistens erschreckende Antworten.

Durch den von der Gebietsführung Westfalen der H.J. eingeführten Behandlungszwang muß der untersuchte und für krank befundene Hitler-Junge nach spätestens 2 Monaten den Nachweis der durchgeführten Behandlung erbringen. Zu diesem Zwecke bekommt jeder einen sogenannten Behandlungszettel mit, auf dem die behandlungsbedürftigen Zähne angestrichen sind,

und auf dessen Rückseite der behandelnde Zahnarzt oder Dentist die Behandlung eines jeden erkrankten Zahnes einzeln bescheinigen muß. Diese Scheine werden dann von dem H.J.-Zahnarzt wieder zur Kontrolle eingezogen.

Diese Maßnahme muß aber, wenn sie wirkungsvoll werden soll, von einer im frühesten Alter einsetzenden Schulzahnpflege oder von einem Behandlungszwang der dem Jungvolk beitretenden deutschen Jugend unterstützt werden.

Einen wirklich durchschlagenden Erfolg im Kampf gegen die Caries können nur die sich in Vorbereitung befindende Reichsschulzahnpflege und der damit verbundene Behandlungszwang bringen. Die an sich begrüßenswerte Anordnung der H.J., ihren Angehörigen die Instandhaltung ihres Gebisses zur Pflicht zu machen, muß im Kampf gegen die Caries als verspätet angesehen werden, wenn nicht die in der Reichsschulzahnpflege geforderten Maßnahmen vorausgehen.

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz auf die geplanten Forderungen der Reichsschulzahnpflege eingehen.

Vom Reichszahnärzteführer Dr. Stuck wurden am 16. 12. 1934 in der „Zahnärztlichen Mitteilungen" folgende drei Möglichkeiten der Durchführung der Reichsschulzahnpflege den deutschen Zahnärzten zur Aussprache und Anregungen dargelegt:

1. Trennung von Untersuchung und Behandlung, d. h. die Untersuchung und folgende Kontrolle erfolgen durch hauptamtliche Schulzahnärzte. Die Behandlung soll in der freien Praxis durchgeführt werden.
2. Untersuchung und Behandlung durch mit schulzahnärztlichem Dienst beauftragte Zahnärzte. In diesem Fall würden die ansässigen Zahnärzte die Kinder in nicht zu kostspieligen, aber hygienisch einwandfrei eingerichteten Zahnstationen innerhalb der Schule untersuchen und behandeln.
3. Die Behandlung wird in Schulzahnkliniken durchgeführt. Diese Methode würde nur in Großstädten in Frage kommen. Die Zahnärzteschaft lehnt aber grundsätzlich eine Reaktivierung des Klinikgedankens ab, weil sie sich vom „ungehemmten, freien Spiel der Kräfte in der freien Praxis" mehr verspricht.

Aus der Fülle der Äußerungen habe ich die der Herren Prof. Dr. Müller, Münster, Dr. Schuhmacher, Bonn, Dr. Kientopf, Berlin, Dr. Schrickel, Berlin, und Dr. Sonnenburg, Greifenhagen, herausgegriffen und aus ihnen das Für und Wider zu den Vorschlägen des Reichszahnärzteführers zusammengestellt.

Zwei Gruppen lassen sich da herausstellen:

1. die Anhänger der Klinikbehandlung,
2. die Befürworter der freien Praxis.

Aber auch innerhalb der Gruppen gehen die Meinungen auseinander. Die Vertreter der Klinikbehandlung bringen unter dem Hinweis auf die guten Erfolge bisheriger Schulzahnkliniken meistens zwei Gründe gegen die Behandlung in der freien Praxis:

1. Nicht jeder Zahnarzt eignet sich zur Kinderbehandlung.
2. Nicht immer ist die Leistung der freien Praxis gleichwertig.

Diese Gründe würden aber bei einer streng durchgeführten Kontrolle hinfällig werden. Die in Vorschlag gebrachte Einrichtung automobiler Zahnkliniken für das flache Land hat neben der Kostspieligkeit den Nachteil, daß sie in dringenden Fällen oft nicht zu erreichen ist.

Da auch das flache Land heute hinreichend mit Zahnärzten versorgt ist, so läßt sich die Behandlung in der freien Praxis gut durchführen. Hierbei muß aber gefordert werden, daß die Behandlung in einem zu diesem Zwecke hergerichteten Schulzimmer stattfindet oder in bestimmten Sprechstunden in der Praxis, in der sich der Zahnarzt ausschließlich den Kindern widmet.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß ein bestimmtes System sich nicht überall durchführen läßt. In großen Städten mit bestehenden Kliniken wird man sich diese zunutze machen. Auf dem mit Zahnärzten versorgten flachen Lande kann die Schulzahnpflege in der freien Praxis durchgeführt werden. In sogenannten „Notstandsgebieten" wird man ohne automobile Zahnstationen oder ohne die von Prof. Dr. Müller vorgeschlagenen „Notstands-Zahnarztstellen" nicht auskommen.

Neben der Sanierung der traurigen Gebißverhältnisse der deutschen Jugend wird es eine ebenso wichtige Aufgabe sein, die Kinder zu einer geordneten Zahnpflege zu erziehen. Der kommende Schulzahnarzt wird sich durch Wort und Bild bemühen müssen, hier aufklärend zu wirken.

Es ist zu hoffen, daß aus der Fülle der Vorschläge und Anregungen das Beste herausgenommen wird, denn das Beste ist gerade gut genug für unsere Jugend.

Literatur.

1. Schütze: „Untersuchungen über Zahn- und Mundschleimhauterkrankungen bei der S.A. und im F.A.D. unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse." Dissertation 1934. Münster.
2. Adloff: „Zahncaries und Paradentose als Kulturkrankheiten." Deutsche zahnärztliche Wochenschrift 1934. Nr. 20. pg. 499 ff.
3. „Zahnärztliche Mitteilungen".
   a) Nr. 2. 1935.
   b) Nr. 9. 1935.
   c) Nr. 6. 1935.
   d) Nr. 50. 1934.
   e) Nr. 7. 1935.
4. Möllmann: „Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Westfalen unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge." Dissertation 1932. Münster.
5. Lehmann: „Zustand der Zähne bei der schulpflichtigen Jugend in Bottrop i. Westf. unter besonderer Berücksichtigung der Carieshäufigkeit." Dissertation Münster 1934.

Am Schluß der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. R. Müller für die Überlasung des Themas und die wertvolle Unterstützung zu danken.

Der Gebietsführung Westfalen der H.J. danke ich, daß ich an den Untersuchungen teilnehmen und schon vorhandene Untersuchungsergebnisse für meine Arbeit verwenden durfte.

Lebenslauf.

Am 19. August 1910 wurde ich als Sohn des Rechnungsführers Heinrich Hellhammer in Sprockhövel i. Westf. geboren. Ich besuchte die Rektoratschule in Sprockhövel und die Oberrealschule in Wuppertal-Barmen, wo ich Ostern 1930 die Reifeprüfung ablegte. Ich studierte dann 4 Semester Zahnheilkunde in Marburg. Herbst 1932 bestand ich in Münster das Physikum, und am 30. November 1934 approbierte ich dort mit „sehr gut".